



**ENCUESTA PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE  
QUE USAN INMUNOGLOBULINA PARA  
LA ENFERMEDAD DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (EIDP)**

**FORMULARIO A  
PARA BENEFICIARIOS NO INSCRITOS  
EN LA DEMOSTRACIÓN DE IGIV A DOMICILIO DE MEDICARE**



canstockphoto.com/ARZTSAMUI

Complete el Formulario A si **NO ESTÁ INSCRITO** en la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare o si se ha postulado pero no ha recibido respuesta de Medicare sobre su inscripción.

**¿Desea completar la encuesta de manera más rápida y sencilla?  
Diríjase a [www.IGsurvey.com](http://www.IGsurvey.com) e inicie sesión con la siguiente  
información:**

**Su nombre de usuario: XXXX3  
Su contraseña: XXXX3**

**IGsurvey.com es un sitio web SEGURO administrado por un  
contratista de Medicare.**



N.º de control de la OMB: XXXX-XXXX. La autorización vence el XX/XX/20XX.  
**ENCUESTA PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE  
QUE USAN INMUNOGLOBULINA PARA  
LA ENFERMEDAD DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (EIDP)**

## INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO A

**IMPORTANTE:** Si ha estado confinado/a en su hogar de manera continua desde el 1 de octubre de 2014 Y ha estado recibiendo toda la atención médica en su hogar de manera continua desde dicha fecha en virtud del Sistema de Pago Prospectivo por la Atención Médica a Domicilio (Home Health Prospective Payment System) de Medicare, es posible que no sea elegible para realizar esta encuesta. Si cree que esta encuesta le concierne, llame a la línea de ayuda de la encuesta al 1-800-674-7381.

- **PARA CUIDADORES Y/O FAMILIARES:** Si usted es el cuidador o un familiar del beneficiario y lo está ayudando con la encuesta, cuéntenos acerca de las experiencias del beneficiario al responder las preguntas.
- **TODAS LAS RESPUESTAS SE ENCUENTRAN PROTEGIDAS POR LA NORMA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA.** Las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) garantizan que no utilizaremos su nombre en sus respuestas de la encuesta ni lo asociaremos a ellas. Combinaremos la información que proporcione con la información de las encuestas de otras personas. Nadie ajeno al equipo del proyecto verá su encuesta o sus respuestas.
- **¿TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES SOBRE LA ENCUESTA?** Llame a la línea de ayuda de la encuesta al 1-800-674-7381 o envíe un correo electrónico a IG [survey@erg.com](mailto:survey@erg.com). Estaremos encantados de poder ayudarle.
- **¿TIENE PREGUNTAS ACERCA DE LA INSCRIPCIÓN EN LA DEMOSTRACIÓN?** Comuníquese con NHIC, Inc., el contratista de la demostración, de forma gratuita al 844-625-6284 o visite <http://www.medicarenhic.com>.
- **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO:**
  - Lea todas las opciones de respuestas antes de pasar a la siguiente pregunta. Algunas preguntas le solicitan “*marque todas las opciones que correspondan*”. Si pasa a la siguiente pregunta antes de leer todas las opciones, puede que omita una respuesta que le concierne.
  - Preste atención a las flechas → **IR A** y → *Continuar con*.
  - Los términos “hogar” o “a domicilio” que se utilizan en las preguntas a lo largo de la encuesta se refieren a su residencia principal (la dirección en donde recibió este paquete de la encuesta). Puede ser su casa, un centro de asistencia, un hogar de ancianos u otro lugar. Incluso si vive en distintos sitios a lo largo del año, responda solo por su residencia principal.
  - No dude en brindar una explicación de cualquiera de sus respuestas si cree que es necesario. Encontrará un espacio en la última página para incluir sus comentarios. Si realiza un comentario sobre una pregunta en particular, indíquenos el número de pregunta al que se refiere su comentario.
- **ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:**

**IgIV:** inmunoglobulina intravenosa (infusión en una vena).

**IgSC:** inmunoglobulina subcutánea (infusión debajo de la piel).

**EIDP:** enfermedad de inmunodeficiencia primaria.

**Hogar/a domicilio:** su residencia principal.

## ELEGIBILIDAD PARA LA ENCUESTA

**IMPORTANTE:** Si ha estado confinado/a en su hogar de manera continua desde el 1 de octubre de 2014 Y ha estado recibiendo toda la atención médica en su hogar de manera continua desde dicha fecha en virtud del Sistema de Pago Prospectivo por la Atención Médica a Domicilio de Medicare, es posible que no sea elegible para realizar esta encuesta. Si cree que esta encuesta le concierne, llame a la línea de ayuda de la encuesta al 1-800-674-7381. De lo contrario, continúe.

### 1. Lea cada una de las siguientes preguntas y marque SÍ, NO o NO ESTOY SEGURO/A.

1a. ¿Le han diagnosticado la enfermedad de inmunodeficiencia primaria (EIDP)?

Sí       No       No estoy seguro/a

1b. ¿Necesita inmunoglobulina para tratar la EIDP?

Sí       No       No estoy seguro/a

1c. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿ha recibido cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare (cobertura "Original Medicare") en algún momento?

Sí       No       No estoy seguro/a

Si marcó "Sí" en **todas** estas tres preguntas,

Si marcó "NO" en **cualquiera** de estas tres preguntas, **PARE** y vaya al **FINAL**.

Si marcó "NO ESTOY SEGURO/A" o si tiene alguna pregunta respecto de si realizar esta encuesta, llame a la línea de ayuda de la encuesta al 1-800-674-7381.

## SU EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (EIDP)

### 2. ¿En qué año le diagnosticaron por primera vez la enfermedad de inmunodeficiencia primaria (EIDP)?

\_\_\_\_\_

### 3. ¿Qué tipo de EIDP le diagnosticaron en la actualidad? Marque todas las opciones que correspondan.

- Inmunodeficiencia común variable (IDCV)
- Deficiencia selectiva de IgM
- Síndrome de Wiskott-Aldrich (SWA)
- Hipogammaglobulinemia congénita
- Inmunodeficiencia con aumento de IgM
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- No lo sé

### 4. ¿En qué año comenzó por primera vez el tratamiento con inmunoglobulina?

\_\_\_\_\_

**5. ¿Qué tipo de tratamiento con inmunoglobulina le recetó su médico para su enfermedad más recientemente?**

- Inmunoglobulina intravenosa (infusión en una vena: IgIV)
- Inmunoglobulina subcutánea (infusión debajo de la piel: IgSC)
- Tengo recetas para ambas, IgIV e IgSC
- Otro \_\_\_\_\_

**6. ¿Qué marca(s) de inmunoglobulina le recetaron en la actualidad? Si tiene receta para IgIV e IgSC, seleccione sus medicamentos para ambas categorías.**

**Marcas de inmunoglobulina intravenosa (IgIV):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bivigam (IgIV)        | <input type="checkbox"/> Octagam (IgIV)           |
| <input type="checkbox"/> Carimune NF (IgIV)    | <input type="checkbox"/> Panglobulin (IgIV)       |
| <input type="checkbox"/> Flebogamma DIF (IgIV) | <input type="checkbox"/> Polygam (IgIV)           |
| <input type="checkbox"/> Gammagard (IgIV)      | <input type="checkbox"/> Privigen (IgIV)          |
| <input type="checkbox"/> Gammaked (IgIV)       | <input type="checkbox"/> Venoglobulin (IgIV)      |
| <input type="checkbox"/> Gammaplex (IgIV)      | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Gamunex-C (IgIV)      | <input type="checkbox"/> No lo sé                 |
| <input type="checkbox"/> Iveegam (IgIV)        |   |

**Marcas de inmunoglobulina subcutánea (IgSC):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gammagard (IgSC) | <input type="checkbox"/> Hizentra                 |
| <input type="checkbox"/> Gammaked (IgSC)  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Gamunex-C (IgSC) | <input type="checkbox"/> No lo sé                 |

**7. ¿Con qué frecuencia recibe tratamiento con inmunoglobulina en la actualidad? Marque SOLO la mejor respuesta.**

- Cada semana
- Cada dos semanas
- Cada tres semanas
- Cada cuatro semanas
- Cada cinco semanas
- Cada seis semanas
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**8. ¿Dónde recibe habitualmente el tratamiento con inmunoglobulina en la actualidad? Marque SOLO la mejor respuesta.**

- En un establecimiento médico (como un centro de infusión, consultorio médico u hospital)
- A domicilio
- A veces a domicilio y otras en un establecimiento médico (como un centro de infusión, consultorio médico u hospital)
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**9. Aproximadamente, ¿cuánto tarda cada sesión de su tratamiento habitual con inmunoglobulina? NO incluya el tiempo de viaje ni el de espera, pero SÍ incluya el tiempo que se necesita para cualquier procedimiento o tratamiento que recibe junto con su tratamiento con inmunoglobulina, como líquidos hidratantes o Benadryl. Marque SOLO la mejor respuesta.**

- Menos de 2 horas
- De 2 a 4 horas

- De 4 a 6 horas
- De 6 horas en adelante
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_

**10. ¿Cómo calificaría su salud en general?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

**11. Desde el 1 de octubre de 2014, Medicare ofrece a los beneficiarios la oportunidad de inscribirse en una Demostración de IgIV a domicilio de Medicare. Esta demostración le paga a los proveedores para administrar inmunoglobulina intravenosa (IgIV) a los pacientes en sus hogares, incluso si el paciente no califica para recibir los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. ¿Alguna vez un proveedor —distinto de su médico— opinó acerca de si debiera o no inscribirse en la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare?**

- Sí, un proveedor —*distinto de mi médico*— me sugirió que me inscriba.
- Sí, un proveedor —*distinto de mi médico*— me sugirió que NO me inscriba.
- No, ningún proveedor —*distinto de mi médico*— me ha expresado una opinión sobre la inscripción.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

**DEMOSTRACIÓN DE IGIV A DOMICILIO DE MEDICARE**

**12. ¿Se postuló para la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare?**

- No, no me postulé → *Continuar con la pregunta 13*
- Sí, me postulé pero aún no obtuve respuesta → **IR A LA PREGUNTA 14**
- Sí, me postulé pero mi solicitud fue rechazada → **IR AL FINAL**

**13. ¿Por qué NO se postuló para la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare? Marque todos los motivos a continuación que contribuyeron en su decisión de no inscribirse y luego IR A LA PREGUNTA 15.**

- No sabía que estaba disponible.
- Estaba bajo tratamientos con IgSC a domicilio y no veía la necesidad de inscribirme.
- No puedo recibir tratamientos con IgIV a domicilio por cuestiones médicas.
- Prefiero recibir mis tratamientos con IgIV en un establecimiento médico (como un centro de infusión, consultorio médico u hospital).
- Mi proveedor me recomendó que no me inscribiera.
- No era elegible porque estaba recibiendo servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
- No era elegible porque estaba inscrito en un plan Medicare Advantage.
- No pensaba que podía encontrar a un proveedor que estuviera dispuesto a darme infusiones a domicilio o que pudiera hacerlo.
- Lo intenté, pero no pude encontrar a un proveedor que estuviera dispuesto a darme infusiones a domicilio o que pudiera hacerlo.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

**14. Si se postuló para una Demostración de IgIV a domicilio de Medicare pero aún no obtuvo respuesta, ¿por qué se postuló para dicha demostración? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Quería recibir IgIV en la comodidad de mi hogar.
- Quería evitar el tiempo de viaje hasta el lugar de la infusión de IgIV y el tiempo de espera allí.
- Tuve dificultad para encontrar un lugar de infusión.
- Quería evitar exponerme a los pacientes enfermos de un establecimiento médico.
- Previamente, tuve dificultad para abonar los servicios a domicilio.
- Me sentía muy enfermo/a como para viajar hasta un lugar de infusión.
- Me lo recomendó mi médico u otro profesional de atención médica.
- Estaba recibiendo IgSC a domicilio pero quería IgIV.
- No estaba seguro/a de si quería recibir IgIV a domicilio cuando me postulé, pero quería inscribirme en la demostración en caso de que cambiara de parecer en el futuro.
- Quería tener acceso a la demostración como respaldo de mi tratamiento habitual con inmunoglobulina.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.

**15. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿omitió algún tratamiento con inmunoglobulina?**

- Sí, omití, aproximadamente, \_\_\_\_\_ tratamientos desde el 1 de octubre de 2014 → *Continuar con la pregunta 16*
- No → **IR A LA PREGUNTA 17**
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.

**16. ¿Por qué omitió el tratamiento (o los tratamientos)? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Mi proveedor del tratamiento habitual (clínica de infusión, consultorio médico, etc.) canceló uno o más tratamientos programados.
- Cambié de proveedores y, como consecuencia, omití un tratamiento.
- Tuve problemas con el transporte, lo que provocó que omitiera uno o más tratamientos.
- Mi itinerario de viaje provocó que omitiera uno o más tratamientos.
- Estaba muy enfermo/a como para viajar hasta mi establecimiento habitual de tratamiento.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.

#### ADMINISTRACIÓN DE SU INMUNOGLOBULINA

**17. Desde que le diagnosticaron EIDP por primera vez, ¿ha cambiado alguna vez los métodos de tratamiento de inmunoglobulina intravenosa (IgIV) a inmunoglobulina subcutánea (IgSC)?**

- Sí → *Continuar con la pregunta 18*
- No → **IR A LA PREGUNTA 19**

**18. ¿Por qué cambió de IgIV a IgSC? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Mi médico me recomendó IgSC.
- Quería reducir los efectos secundarios de la IgIV.
- Quería recibir la IgSC en la comodidad de mi hogar.
- Quería evitar el tiempo de viaje hasta el establecimiento de infusión de IgIV.
- Tuve dificultad para encontrar un establecimiento de infusión.
- Quería evitar exponerme a los pacientes enfermos de un establecimiento médico.
- La IgSC me cuesta menos dinero.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.

**19. Desde que le diagnosticaron EIDP por primera vez, ¿ha cambiado alguna vez los métodos de tratamiento de IgSC a IgIV?**

- Sí → Continuar con la pregunta 20
- No → **IR A LA PREGUNTA 21**

**20. ¿Por qué cambió de IgSC a IgIV? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Mi médico me recomendó IgIV.
- Tuve dificultad con la autoadministración de la IgSC.
- Cambié de IgSC a IgIV a fin de poder ser elegible para la demostración y obtener ayuda con las infusiones a domicilio.
- Quería someterme a tratamientos menos frecuentes.
- Prefería recibir IgIV en un establecimiento de atención médica.
- La IgIV me cuesta menos dinero.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

**21. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿ha cambiado la marca del medicamento de inmunoglobulina que utiliza habitualmente?**

- Sí → Continuar con la pregunta 22
- No → **IR A LA PREGUNTA 25**

**22. ¿Por qué cambió la marca del medicamento de inmunoglobulina que utiliza? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Mi producto de inmunoglobulina anterior dejó de estar disponible o se volvió difícil de conseguir.
- Se redujo el reembolso de mi seguro.
- El seguro no cubría o dejó de cubrir mi producto anterior.
- Mis copagos y/u otros gastos a mi cargo eran demasiado altos.
- Mi médico me recomendó que cambiara porque mi producto anterior no estaba surtiendo efecto.
- Cambié de IgIV a IgSC.
- Cambié de IgSC a IgIV.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.
- No lo sé.

**23. Después de que cambió las marcas del medicamento de inmunoglobulina, ¿experimentó alguno de los siguientes efectos secundarios? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Resfríos
- Desmayo
- Fiebre
- Dolores de cabeza
- Presión arterial alta
- Urticaria
- Náuseas
- Erupción
- Dificultad para respirar
- Vómitos
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_
- Ninguno

**24. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su experiencia con la marca del medicamento de inmunoglobulina a la cual cambió? Marque SOLO la mejor respuesta.**

- No hubo diferencias entre mi medicamento nuevo y el anterior en cuanto a efectos secundarios.
- La marca nueva provocó menos efectos secundarios que la anterior.
- La marca nueva provocó más efectos secundarios que la anterior.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

#### LUGAR DE TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA

**25. Entre el 30 de septiembre de 2012 y el 1 de octubre de 2014, ¿dónde recibía habitualmente su tratamiento con inmunoglobulina? Marque solo UN lugar en donde recibía la mayoría de sus tratamientos.**

- No recibía ningún tratamiento con inmunoglobulina en aquel momento.
- En mi hogar.
- Consultorio médico privado.
- Hospital, como paciente internado.
- Clínica de tratamiento ambulatorio.
- Clínica de infusión.
- No recibía tratamiento con inmunoglobulina en aquel momento.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.
- No lo sé.

**26. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿ha cambiado su lugar habitual de tratamiento con inmunoglobulina?**

- Sí → *Continuar con la pregunta 27*
- No → **IR A LA PREGUNTA 28**

**27. ¿En qué lugar recibe su tratamiento con inmunoglobulina en la actualidad? Marque todas las opciones que correspondan.**

- No recibo tratamiento con inmunoglobulina en la actualidad.
- En mi hogar.
- Consultorio médico privado.
- Hospital, como paciente internado.
- Clínica de tratamiento ambulatorio.
- Clínica de infusión.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

**28. LÍQUIDOS PARA HIDRATACIÓ** Antes del 1 de octubre de 2014, ¿recibía habitualmente líquidos hidratantes cuando se sometía al tratamiento con inmunoglobulina? Lea cada uno de los enunciados y marque SÍ o NO.

**SÍ NO**

- Antes del 1 de octubre de 2014, recibía habitualmente líquidos hidratantes de forma intravenosa antes, durante o después de recibir inmunoglobulina.*
- Antes del 1 de octubre de 2014, me indicaron beber más líquido el día de mi tratamiento con inmunoglobulina.*
- Antes del 1 de octubre de 2014, solía beber más líquido el día de mi tratamiento con inmunoglobulina por mi cuenta.*

- Antes del 1 de octubre de 2014, no solía beber más líquido o no recibía líquidos hidratantes de forma intravenosa antes, durante o después del tratamiento con inmunoglobulina.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.
- No lo sé.

**29. Después del 1 de octubre de 2014, ¿ha estado recibiendo habitualmente líquidos hidratantes cuando se somete al tratamiento con inmunoglobulina? Lea cada uno de los enunciados y marque SÍ o NO.**

**SÍ NO**

- Desde el 1 de octubre de 2014, recibo habitualmente líquidos hidratantes de forma intravenosa antes, durante o después de recibir inmunoglobulina.
- Desde el 1 de octubre de 2014, me han indicado beber más líquido el día de mi tratamiento con inmunoglobulina.
- Desde el 1 de octubre de 2014, suelo beber más líquido el día de mi tratamiento con inmunoglobulina por mi cuenta.
- Desde el 1 de octubre de 2014, no suelo beber más líquido o no recibo líquidos hidratantes de forma intravenosa antes, durante o después del tratamiento con inmunoglobulina.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.
- No lo sé.

#### FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA

**30. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿cuántos de sus tratamientos con inmunoglobulina se pospusieron?**

- No se pospuso ningún tratamiento. → **IR A LA PREGUNTA 32**
- Se pospuso un tratamiento. → *Continuar con la pregunta 31*
- Se pospusieron dos o tres tratamientos. → *Continuar con la pregunta 31*
- Se pospusieron cuatro o más tratamientos. → *Continuar con la pregunta 31*

**31. ¿Por qué se pospuso el tratamiento? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Pospuse mi tratamiento para acomodar mi agenda personal.
- Estaba muy enfermo/a como para viajar hasta el lugar de tratamiento.
- Mi médico me recomendó posponer el tratamiento.
- Mi proveedor pospuso el tratamiento.
- Se redujo el reembolso de mi seguro.
- Mi seguro no cubría todos los tratamientos.
- No podía pagar el costo de los copagos y/u otros gastos a mi cargo.
- La inmunoglobulina no estaba disponible.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_.
- No lo sé.

**32. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿se ha prolongado el tiempo habitual entre sus tratamientos con inmunoglobulina? Es decir, ¿se está sometiendo a los tratamientos con menor frecuencia?**

- Sí → *Continuar con la pregunta 33*
- No, el tiempo entre mis tratamientos con inmunoglobulina no se ha prolongado → **IR A LA PREGUNTA 34**
- Otro (explique) \_\_\_\_\_

**33. SI MARCÓ "SÍ" EN LA PREGUNTA 32: ¿Por qué se está sometiendo a los tratamientos con menor frecuencia? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Lo recomendó mi médico.
- Cambié de IgSC a IgIV, por lo que el tiempo entre tratamientos se prolongó.
- Se redujo el reembolso de mi seguro.
- Mi seguro no cubría todos los tratamientos.
- Copagos más altos y/u otros gastos a mi cargo provocaron que me someta al tratamiento con menor frecuencia.
- La inmunoglobulina no estaba disponible.
- Mi dosis aumentó, por lo que me sometí al tratamiento con menor frecuencia.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.
- No lo sé.

**34. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿se ha acortado el tiempo entre sus tratamientos con inmunoglobulina? Es decir, ¿se está sometiendo a los tratamientos con mayor frecuencia?**

- Sí → Continuar con la pregunta 35
- No, el tiempo entre mis tratamientos con inmunoglobulina no se ha acortado. → **IR A LA PREGUNTA 36**
- No lo sé/No estoy seguro/a

**35. SI MARCÓ "SÍ" EN LA PREGUNTA 34: ¿Por qué se está sometiendo a los tratamientos con mayor frecuencia desde el 1 de octubre de 2014? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Lo recomendó mi médico.
- Mi dosis disminuyó, por lo que necesitaba tratamientos con mayor frecuencia.
- Cambié de IgIV a IgSC, por lo que comencé a recibir tratamientos con mayor frecuencia.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.
- No lo sé.

#### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA

**36. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿las sesiones de su tratamiento con inmunoglobulina se prolongaron, se acortaron o duran, aproximadamente, la misma cantidad de tiempo? NO incluya el tiempo de viaje o espera, si los hubiere. SÍ incluya el tiempo que se necesita para cualquier procedimiento o tratamiento que recibe junto con su infusión de inmunoglobulina, como líquidos hidratantes o Benadryl. Marque SOLO la mejor respuesta.**

- Las sesiones de mi tratamiento con inmunoglobulina se han prolongado desde el 1 de octubre de 2014.
- Las sesiones de mi tratamiento con inmunoglobulina se han acortado desde el 1 de octubre de 2014.
- Las sesiones de mi tratamiento con inmunoglobulina duran, aproximadamente, la misma cantidad de tiempo desde el 1 de octubre de 2014.
- Las sesiones de mi tratamiento con inmunoglobulina a veces se acortan y otras se prolongan desde el 1 de octubre de 2014.
- Otro (explique)\_\_\_\_\_.

#### TIEMPO DE VIAJE

**37. Durante el verano de 2014, ¿alrededor de cuánto tiempo, en general, demoraba en viajar hacia y desde su lugar de tratamiento con inmunoglobulina? NO incluya el tiempo dedicado al tratamiento o a realizar otras actividades. Lea cada uno de los enunciados y marque SOLO la mejor respuesta.**

*Durante el verano de 2014, mi tiempo de viaje habitual por tratamiento era...*

- Sin tiempo de viaje. Durante el verano de 2014, me sometí a TODOS los tratamientos con inmunoglobulina en mi hogar.
- Sin tiempo de viaje. Durante el verano de 2014, estaba muy enfermo/a como para viajar hasta el lugar del tratamiento.
- Sin tiempo de viaje. Durante el verano de 2014, no me sometí a ningún tratamiento con inmunoglobulina.
- Menos de una hora de viaje en total por tratamiento.
- De una a dos horas de viaje en total por tratamiento.
- Más de dos y hasta tres horas de viaje en total por tratamiento.
- Más de tres horas de viaje en total por tratamiento.

**38. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿alrededor de cuánto tiempo, en general, demora en viajar hacia y desde su lugar de tratamiento con inmunoglobulina? NO incluya el tiempo dedicado al tratamiento o a realizar otras actividades.**

- Sin tiempo de viaje. Me someto a TODOS los tratamientos con inmunoglobulina en mi hogar desde el 1 de octubre de 2014.
- Menos de una hora de viaje en total por tratamiento.
- De una a dos horas de viaje en total por tratamiento.
- Más de dos y hasta tres horas de viaje en total por tratamiento.
- Más de tres horas de viaje en total por tratamiento.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.

#### CANTIDAD DE INMUNOGLOBULINA POR TRATAMIENTO

**39. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿se ha REDUCIDO el número de gramos de inmunoglobulina que recibe por tratamiento por algún motivo? Es decir, ¿recibió menos medicación por tratamiento en algún momento desde el 1 de octubre de 2014?**

- Sí → *Continuar con la pregunta 40*
- No → **IR A LA PREGUNTA 41**
- No lo sé → **IR A LA PREGUNTA 41**

**40. ¿Por qué se redujo la cantidad de inmunoglobulina por tratamiento? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Mi médico recomendó la reducción.
- Se redujo mi dosis debido a los efectos secundarios.
- Se redujo el reembolso de mi seguro, por lo que tuve que disminuir la cantidad de medicación.
- Mi seguro no cubría todos los tratamientos.
- Aumentó el costo de los copagos y/u otros gastos a mi cargo, por lo que tuve que disminuir la cantidad de medicación.
- La inmunoglobulina no estaba disponible.
- Cambié a IgSC, por lo que requerí menos inmunoglobulina por tratamiento.
- Se acortó el intervalo de tiempo entre tratamientos.
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_.
- No lo sé.

#### PROBLEMAS EN EL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA

**41. Desde el 1 de octubre de 2014, en términos generales, ¿tuvo menos o más problemas que antes para someterse a los tratamientos con inmunoglobulina?**

- Más problemas
- Menos problemas
- No hubo cambios

**42. Durante los dos años transcurridos entre el 1 de octubre de 2012 y el 1 de octubre de 2014, ¿experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? Lea cada uno de los enunciados y marque SÍ o NO.**

**SÍ** **NO** *Durante los dos años transcurridos entre el 1 de octubre de 2012 y el 1 de octubre de 2014...*

- Tuvieron que hospitalizarme.
- Experimenté más infecciones que en los dos años anteriores.
- Necesité usar más antibióticos.
- Experimenté efectos secundarios adicionales/nuevos.
- Tuve neumonía.
- Tuve bronquitis.
- Tuve otro(s) problema(s) de salud (especifique)\_\_\_\_\_.
- Ninguna de las opciones anteriores.
- No lo recuerdo.

**43. Desde el 1 de octubre de 2014, ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas de salud? Lea cada uno de los enunciados y marque SÍ o NO.**

**SÍ** **NO** *Desde el 1 de octubre de 2014...*

- Tuvieron que hospitalizarme.
- Experimenté más infecciones que en los dos años anteriores.
- Necesité usar más antibióticos.
- Experimenté efectos secundarios adicionales/nuevos.
- Tuve neumonía.
- Tuve bronquitis.
- Tuve otro(s) problema(s) de salud (especifique)\_\_\_\_\_.
- Ninguna de las opciones anteriores.
- No lo recuerdo.

### INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

**44. ¿Cuál de los siguientes tipos de seguro médico tiene en la actualidad? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Original Medicare (Parte A y Parte B)
- Medicare Advantage (como HMO o PPO)
- Seguro complementario de Original Medicare (Medigap)
- Medicaid o Medi-Cal.
- Seguro médico privado (como Blue Cross Blue Shield, Aetna, United Healthcare, etc.)
- COBRA
- TRICARE
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_

**45. ¿En qué año nació?**

\_\_\_\_\_

**46. Marque la respuesta que mejor describe su nivel de educación.**

- Estudio secundario incompleto
- Estudio secundario completo o Diploma de Equivalencia General (GED)
- Estudio terciario o técnico/vocacional incompletos
- Estudio terciario de dos años completo (título intermedio)
- Estudio terciario de cuatro años completo (licenciatura)
- Estudio técnico/vocacional completo
- Estudio o título de posgrado

**47. ¿Vive solo/a?**

- Sí
- No

**48. ¿Es de origen hispano o latino o tiene ascendencia hispana o latina?**

- Sí
- No

**49. ¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.**

- Asiático
- Negro o afroamericano
- Americano nativo o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

**50. ¿Qué idioma habla por lo general en su casa?**

- Inglés
- Español
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**FINAL**

**¡Le agradecemos por participar en esta importante encuesta!  
Por favor, envíe el formulario en el sobre con franqueo pagado que se adjunta a:**

**Eastern Research Group, Inc.  
Attn: Medicare Immunoglobulin Survey  
110 Hartwell Avenue  
Lexington, MA 02421**

**Agradecemos cualquier comentario u observación adicional. Escriba en el espacio a continuación o adjunte otra hoja de papel con los comentarios u observaciones que desee realizar.**